

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1164 de 2017

S/C

Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

SITUACIÓN DEL SANATORIO CANZANI

Planteamiento señora Representante Nibia Reisch

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 15 de agosto de 2017

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Martín Lema Perreta.

Miembros: Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Egardo Mier y Nibia Reisch.

Concurre: Señor Representante Constante Mendiondo.

Invitados: Heber Galli (Presidente BPS), Dra. Esc. Rosario Oiz (Directora BPS).

Secretaria: Señora Myriam Lima.

═══II═══

SEÑOR PRESIDENTE (Martín Lema).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe con mucho gusto a una delegación del Directorio del Banco de Previsión Social, integrada por su presidente, el señor Heber Galli, y la directora, doctora escribana María del Rosario Oiz.

Los hemos citado para conocer la situación del Sanatorio Canzani. La convocatoria fue solicitada por la señora diputada Nibia Reisch, a quien cedemos el uso de la palabra para que haga la introducción y las primeras preguntas.

SEÑORA REISCH (Nibia).- En primer término, damos la bienvenida a la delegación del BPS que nos visita.

La Comisión en pleno concurrió dos veces al Sanatorio Canzani. La última vez fue hace menos de un mes; no recuerdo la fecha exacta.

En lo personal, me preocupa la situación de esa institución. Luego de visitarla siempre me quedo con la impresión de que existe la intención de desmantelarla. En consecuencia, nos preocupa la situación tanto del Sanatorio Canzani como de los usuarios que se atienden en Crenadecer, dado la importancia que tiene en la captación de defectos congénitos y en la asistencia de niños portadores de enfermedades raras.

Como todos recordamos, en el año 2014 el BPS y el Ministerio de Salud Pública acordaron que dicho centro de referencia estuviera inserto en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Me gustaría saber en qué está ese acuerdo, qué avances y qué cambios ha habido, y cuáles son los planes concretos desde la política en salud para el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras.

También queremos saber cómo se integrarían las tres unidades que tiene el Crenadecer -la del screening, la de la pesquisa neonatal y la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, el policlínico Demequi- al Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por otra parte, deseamos saber si realmente se considera que en este momento ASSE está en condiciones de mantener el nivel de atención que requieren el tipo de pacientes que hoy se atiende en el BPS, y si se seguiría brindado acceso a la medicación que, según nos informaron, hoy da el Banco en forma provisoria a los pacientes.

En fin, queremos detalles concretos, y no solo argumentos que fundamenten la ideología de unificar los servicios con el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Nos dijeron que hay una neuropediatra con una modalidad de contratación poco atractiva. En consecuencia, queremos saber cómo se logrará la atención y la captación de todos los niños en tiempo y forma, y cuál es la estrategia de captación de esos niños.

También queremos saber qué demora hay en la atención con la genetista. ¿Cuál fue el último llamado a especialista genético? ¿Qué régimen de trabajo tiene el cargo?

Por otro lado, nos manifestaron que hay ginecólogos que hace más de treinta años que son funcionarios, que tienen un régimen de doce horas de guardia, y ahora se les quiere imponer -son aproximadamente diez ginecólogos- un régimen de cuarenta horas, cuando hay otros profesionales que no lo hacen. ¿Cuál es la propuesta de trabajo para este grupo de profesionales? ¿Cuáles son los criterios para determinar el horario médico?

Nos contaron, además, que a una partera la pusieron a atender el teléfono. Es decir que tenemos una partera, que es un recurso muy importante y con un conocimiento de valor agregado, que está atendiendo el teléfono.

Sabemos también que hace un año que no hay dermatólogo.

Queremos saber si existen o no servicios de internación domiciliaria y si funciona el hospital de día.

Tenemos entendido que próximamente se va a inaugurar la piscina; creo que el 1º de setiembre. ¿A qué universo de usuarios está destinada? ¿Existe un proyecto en este sentido? ¿Cómo está previsto el manejo de las infecciones en esta área?

Otra de las consultas es por qué no se ha reglamentado el artículo 75 del estatuto del funcionario; tenemos entendido que eso evitaría la conflictividad funcional del personal médico.

Estas son las preguntas iniciales que quiero realizar. Tengo varias más, pero las haré posteriormente.

Muchas gracias.

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- Para nosotros, es importante reunirnos con ustedes para contarles qué estamos haciendo en este servicio, que consideramos fundamental.

Vamos a tratar de dar respuesta a todas las preguntas que hizo la señora diputada Reisch. Como algunas consultas son sumamente puntuales y no fuimos alertados del grado de detalle que se esperaba que contestáramos aquí, las responderemos luego. Por lo tanto, vamos a tratar de darles la mayor información posible y lo que quede pendiente, lo haremos llegar a la Comisión.

Previamente, quiero hacer algunos comentarios que explican por qué para nosotros este servicio es importante y qué es lo que estamos haciendo en él.

Como resultado de la aprobación y puesta en práctica de la Ley N° 18.211, que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud, el área de la salud de BPS debió adaptar su experiencia, capacitación e infraestructura a la nueva realidad. La estrategia en este sentido fue definida en 2008 y consolidada con posterioridad. Está fundada en dos bases: la realización de convenios de complementación con otros efectores de salud y la creación de centros de referencia para la atención de patologías congénitas de baja prevalencia y de origen en la infancia.

La formación de los trabajadores del instituto para estas tareas precede la existencia del Sistema; es más, puede remontarse a organizaciones tripartitas que surgieron con la creación del Consejo Central de Asignaciones Familiares en la década del cuarenta.

Esta propuesta sigue vigente. Así lo recoge el Plan Estratégico aprobado para el período 2016- 2020, que se encuentra en la página web del BPS. Allí se establece, como una de las directrices y de los objetivos estratégicos, mejorar la gestión en el otorgamiento de los beneficios para garantizar el acceso a los derechos de seguridad social de las personas. Entre los objetivos estratégicos, se establece:

“Fortalecer los espacios que ocupa el BPS dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Se deberá desarrollar con una visión integradora de la calidad, oportunidad y sostenibilidad financiera con el marco dado por el SNIS. Se bregará por brindar los servicios en los que ha conseguido destacarse por su especialización y experiencia, apuntando a su fortalecimiento, y evitando la superposición con los restantes efectores del Sistema.

Se consolidará el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (Crenadecer) para la prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación integral de los pacientes, así como se promover la inclusión de otras patologías.

En este sentido se deberá adecuar la estructura organizacional a la nueva realidad así como la distribución de los trabajadores, adecuando y mejorando además la infraestructura necesaria para el mejor desarrollo de la actividad, y potenciando todas las unidades que lo componen.

En este marco se deberán implementar actividades de investigación, capacitación y formación del personal para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades raras y defectos congénitos.

Se fortalecerá y desarrollarán las prestaciones destinadas a la rehabilitación de las personas con discapacidad, tanto las que se desarrollan con recursos propios en forma directa como las brindadas a través de otras instituciones. Se deberá mejorar el sistema de control de las instituciones vinculadas, buscando asegurar la calidad técnica de las prestaciones de rehabilitación que se brindan en las mismas, y desarrollar mecanismos de complementación con ASSE en rehabilitación.

Se apuntará al desarrollo necesario para que el BPS sea también un centro de referencia en materia de rehabilitación de personas con discapacidad.

Se deberán fortalecer los controles sobre los servicios y beneficios, asegurando la pertinencia y calidad de las prestaciones brindadas, racionalizando los procesos de suministro de insumos y servicios de forma de mejorar su eficacia y eficiencia".

Asimismo, se aprobaron las líneas de acción generales que se llevarán adelante para lograr ese objetivo.

En lo que tiene que ver con el objetivo de consolidar el Crenadecer, se determinó: adecuar la estructura organizacional a la nueva realidad; implementar la atención domiciliaria y el hospital de día; extender la actividad de la Unidad Medicina Embrio Fetal y Perinatal a los beneficiarios de todos los efectores de salud en el territorio nacional; desarrollar acciones de promoción y prevención en salud en la primera infancia, en complementariedad con la Red Integrada de Efectores Públicos; aprobar protocolos de actuación y vínculo con los efectores integrales de salud; adecuar y mejorar la infraestructura necesaria para el mejor desarrollo de la actividad; implementar actividades de investigación y capacitación o formación para diagnóstico y tratamiento de enfermedades raras y defectos congénitos.

En lo que tiene que ver con el fortalecimiento y desarrollo de prestaciones destinadas a la rehabilitación de las personas con discapacidad, se decidió mejorar el sistema de control de las instituciones contratadas, buscando asegurar la calidad técnica de las prestaciones de rehabilitación; desarrollar mecanismos de complementación, y desarrollar e implementar un centro de referencia en rehabilitación de personas con discapacidad.

Estas y otras acciones se desarrollan con el objetivo de lograr el fin propuesto. Como verán, se trata de un montón de actividades y de propuestas que van en sentido de la consolidación de lo que tiene que ser el Banco de Previsión Social en esta área, incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Además, la realización de todas estas tareas se lleva adelante en permanente contacto con ATSS, el sindicato de los trabajadores del BPS, a través de una mesa de negociación que se denomina "Bipartita de Salud", que es de convocatoria periódica. En esas reuniones se ponen a consideración del sindicato las diferentes propuestas. Actualmente, entre otros temas, se está trabajando en la nueva estructura del área de la

salud, que -como vimos- es una de las líneas de acción generales previstas para la consolidación y el fortalecimiento del Centro de Referencia; la estructura no estaba pensada para este tipo de actividades, sino para otras.

Sobre la base de una propuesta borrador, presentada como herramienta de trabajo por la administración, el sindicato está haciendo las valoraciones, los comentarios y los aportes que entiende necesarios. Se está trabajando en esa propuesta. Por lo menos, ya se han realizado tres reuniones sobre este tema.

La representación de la administración en esa bipartita está integrada por los mayores cargos gerenciales del área de la salud del Banco de Previsión Social. Señalo esto para mostrar que es un ámbito de actividad de primer nivel, desde la representación de la administración.

Acercándonos un poco más a lo puntual de los planteos realizados, que tienen que ver con los servicios asistenciales del BPS, decimos que estos servicios son prestados por intermedio de la gerencia de Prestaciones de Salud, dependiente de la Dirección Técnica de Prestaciones. Se brindan en las unidades que se indican, que son básicamente dos en lo que tiene que ver con el área asistencial. Una unidad es el Centro Nacional de Referencia, Crenadecer, y las otras unidades, que hasta ahora conocemos como los centros materno infantiles, en virtud de la reestructura y de las nuevas características que tienen -ya se están procesando; se empezó a partir de la existencia de la reforma- se van a convertir en centros de promoción de salud y sociales. Estos centros ya están desarrollando otras actividades y no solo las vinculadas con lo materno infantil.

En lo que tiene que ver con el Centro de Referencia Crenadecer, de acuerdo con lo establecido en la Ordenanza Ministerial N° 280, de 26 de mayo de 2014, se reconoce en la órbita del BPS el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras. Está integrado por tres componentes: la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal -que llamamos Umefepe-, la Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal y la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento. Esta última está integrada por dos áreas, una de atención ambulatoria y una de internación hospitalaria.

Básicamente, los objetivos del Crenadecer son cuatro: disminuir la mortalidad infantil por defectos congénitos, a través del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno de la población de mujeres en gestación del país; mejorar la calidad de vida del paciente portador de defectos congénitos, enfermedades raras y su núcleo familiar, promoviendo su inserción social a través de la atención integral a cargo de equipos interdisciplinarios especializados en diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; formar y capacitar recursos humanos en conjunto con la Udelar y con otras instituciones académicas, y promover la capacitación permanente de los trabajadores del Centro.

La Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal está destinada a realizar el *screening* o tamizaje prenatal mediante pruebas diagnósticas que se llevan a cabo durante el embarazo, con la finalidad de conocer el riesgo de una mujer embarazada de estar gestando un feto portador de posibles defectos congénitos. Los objetivos son: realizar el diagnóstico precoz de estos defectos congénitos; crear un sistema de referencia y contrarreferencia que involucre a todos los prestadores integrales -públicos y privados- ; brindar asesoramiento y apoyo psicosocial a la pareja y a su familia, en caso de detección de riesgo de defecto congénito, ofreciendo las mejores opciones posibles de diagnóstico y tratamiento. La población objetivo son mujeres gestantes, pasibles de realizarse los procedimientos de pesquisa prenatal, definidos en conjunto con la autoridad sanitaria, lo que está previsto en una ordenanza de octubre de 2014.

Son requisitos para el ingreso a la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal a efectos de la realización del *screening* del primer trimestre ser mujer gestante, cursar entre once y trece semanas de embarazo, ser derivadas por los efectores públicos del área metropolitana, pertenecer a otros colectivos e incorporarse de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud Pública. Hoy, la ordenanza dice que solamente pueden atenderse allí las mujeres gestantes del sector público del área metropolitana. Sin perjuicio de ello -y como dijimos-, dentro de la propuesta del Plan Estratégico para el Banco de Previsión Social está la posibilidad de que todas las mujeres puedan acceder a esta Unidad. No obstante, al día de hoy, la ordenanza no lo habilita. Son cosas que estamos conversando con el Ministerio de Salud Pública.

Los cometidos de la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal son: la realización del *screening* del primer trimestre, procedimientos diagnósticos invasivos y no invasivos, ecografías especializadas y otros procedimientos aprobados en conjunto con la autoridad sanitaria. Podemos trasmitir que el promedio mensual de consultas que tiene esta Unidad es de aproximadamente 500, pero esta cifra varía porque no todos los meses son iguales. En marzo de este año se realizaron 625 consultas; en febrero, 444; en enero, 446; en diciembre, 480; en noviembre, 526. Doy estas cifras para que tengan un indicativo del volumen de trabajo que tiene esta Unidad. Las ecografías que se realizan en la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal son de translucencia nucal, ecografías especializadas, y el promedio mensual es de aproximadamente 110 ecografías. A su vez, el promedio mensual de *screening* de primer trimestre es de aproximadamente 440. También se han realizado procedimientos de diagnóstico invasivos, con un promedio de aproximadamente 20 por mes. Esto implica, más allá de las variaciones, un aumento en la utilización del servicio, pero nosotros entendemos que podemos seguir desarrollándolo más. Y esa es nuestra propuesta.

En lo que tiene que ver con la Unidad de Laboratorio de Pesquisa Neonatal, queremos decir que la pesquisa consiste en la búsqueda masiva de individuos portadores de enfermedades congénitas que no presentan clínica al momento de nacer, mediante pruebas bioquímicas que las detectan. Una vez halladas, requieren pruebas confirmatorias. La ausencia de diagnóstico y de tratamiento precoz de estas enfermedades resulta potencialmente catastrófico, pudiendo causar un daño neurológico y físico severo e irreversible, o la muerte del individuo.

Los objetivos del Laboratorio de Pesquisa Neonatal son: detección de los errores innatos del metabolismo, endocrinopatías y otras enfermedades definidas por la autoridad sanitaria, a través de una muestra de sangre de todos los recién nacidos en el país. Las patologías que se analizan en el Laboratorio están establecidas en un decreto del año 2013, que reconoce el Laboratorio de Pesquisa Neonatal como de cobertura nacional. Las enfermedades que se analizan en este momento son: hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal congénita, fenilcetonuria, fibrosis quística y acil- CoA-deshidrogenasa de cadena media. El otro cometido es accionar el sistema de referencia y contrarreferencia, derivando al prestador integral de salud los pacientes con sospecha diagnóstica de hipotiroidismo e hiperplasia suprarrenal; el resto se deriva a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento del Centro de Referencia del BPS, porque se trata de enfermedades raras que se atienden en nuestros servicios. La incorporación de nuevas patologías será definida por el Ministerio de Salud Pública; así está dispuesto en el decreto que reconoce y da carácter nacional a la actividad del Laboratorio de Pesquisa Neonatal. En consecuencia, los números de muestras que este Laboratorio procesa anualmente coinciden con la cantidad de nacimientos que hay en el país. En el año 2015 se hicieron 49.550 muestras; en el 2016, 46.674, y al 31 de mayo de 2017, se han realizado 19.913. Esto es así porque todos los niños tienen que pasar por esto. A lo largo

de los años hemos podido detectar personas que padecía alguna de estas patologías; al ser tratadas rápidamente en la determinación de su enfermedad, se ha logrado que no desarrollen situaciones de discapacidad como consecuencia de la falta de atención de estas enfermedades. Es así que se detectaron 4 situaciones de fibrosis quística en el año 2015; 6, en el año 2016, y 2 en lo que va del año 2017. A su vez, se detectaron 9 casos de hipotiroidismo congénito en el año 2015; 5, en el año 2016, y 2, en el año 2017. Por otra parte, se detectaron 2 casos hemoglobinopatías en el año 2015; 3, en el año 2016 y no ha aparecido ninguna en el año 2017. Estos son ejemplos de situaciones que se han detectado a partir del diagnóstico realizado por el Laboratorio.

La tercera unidad del centro de referencia, que es la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, está integrada por dos componentes: una unidad de atención ambulatoria y una unidad de internación. Los objetivos específicos de esta unidad son: la captación precoz de las personas portadoras de defectos congénitos y enfermedades raras; la confirmación del diagnóstico, en caso de ser necesario; el tratamiento específico, médico y quirúrgico; la rehabilitación, con un enfoque biopsicosocial de las personas asistidas con la finalidad de lograr su inserción social y laboral, adaptada a cada caso particular, y cumplir con los protocolos de referencia, asistencia y contrarreferencia que involucran a todos los prestadores integrales, públicos y privados. La población objetivo es aquella portadora de los defectos congénitos y enfermedades raras definidos por la autoridad sanitaria, y la población asistida en el departamento médico- quirúrgico, hasta la entrada en vigencia de la Ley Nº 18.211, se sigue atendiendo; se trata de aquellas situaciones previstas en el Decreto Ley Nº 15.084, que establece que cuando el prestador integral no tiene las condiciones para poder atender a la persona, se hace a través de los servicios del Banco de Previsión Social, en la medida que se cuente con esas posibilidades de atención.

El requisito para el ingreso a estos equipos es ser portador de las patologías referidas hace un momento, con residencia en el territorio nacional, de cualquier edad, independientemente de tener atributario o afiliación mutual. Los pacientes podrán ingresar derivados de la Unidad de Pesquisa Neonatal o de un prestador integral del sistema. En el caso de pacientes portadores de fibrosis quística o de errores innatos del metabolismo, son derivados del Laboratorio de Pesquisa Neonatal cuando se detecta la enfermedad. La prestación que se brinda en cuanto a estas patologías es el diagnóstico, el tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico y la rehabilitación psicosocial, además del otorgamiento de tecnología asistida.

En lo que tiene que ver con el desarrollo de las tareas en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento del Centro de Referencia, a diciembre de 2016, la cantidad de pacientes atendidos fue de 2.225, de los cuales 793 correspondieron al equipo de Fisura Labio Alvéolo Palatina, 180 a errores innatos del metabolismo, 317 a mielomeningocele, 14 a epidermólisis bullosa -lo que conocemos como piel de cristal-, 505 a fibrosis quística y 416 a otras enfermedades raras, que reúnen la característica de su baja prevalencia y se consideran como tales.

Sin perjuicio de ello, se siguen atendiendo dentro del servicio, a diciembre de 2016, 8.883 pacientes que reúnen alguna de las condiciones por las cuales se accedía a este servicio desde antes de la Ley Nº 18.211. Un porcentaje bastante alto de ellos corresponde a personas con parálisis cerebral.

El área de internación del Centro de Referencia tiene dos ámbitos: uno es el edificio que se conoce como el Sanatorio Canzani y otro es el de otros prestadores. Esto es así por distintas razones; una de ellas es que el Sanatorio Canzani no tiene CTI. Como hay intervenciones y tratamientos que requieren esta forma de internación, tenemos

convenios con otros prestadores integrales que nos brindan este servicio; sería una hospitalización externa, fuera del edificio de lo que se conoce como el Canzani. Cabe aclarar que la internación en el Canzani es muy superior a la internación en los prestadores fuera de ese edificio.

En cuanto a las camas ocupadas en el Canzani, podemos decir que la internación está dividida en dos áreas: el sector A y el sector B. El sector A corresponde a todos aquellos pacientes con una edad superior a seis meses y adultos, y el sector B corresponde a menores de seis meses. El promedio de camas ocupadas, de noviembre de 2016 a junio de 2017, es de catorce camas, teniendo en cuenta los dos sectores. Hay muchas más camas ocupadas en el sector de mayores de seis meses y adultos. En el sector de menos de seis meses las camas ocupadas son una o dos por mes; en mayo y en junio de este año no se ocupó ninguna. El resto de las camas son ocupadas por mayores.

Dentro de ese edificio hay un área de hospital de día que desarrolla estrategias de atención para pacientes que requieran estar un período de tiempo corto para alguna atención en hospital, sin quedar internados. El volumen de usuarios asistidos en el hospital de día, en el período noviembre de 2016 a junio de 2017, está en el entorno de quince pacientes por mes. La asistencia es baja, pero se brinda un servicio muy importante a estas personas.

La particularidad de la internación en el Canzani para estas patologías es el tiempo en que están internados. La ocupación de días cama es bastante importante. Acá no entran y salen, sino que se quedan un ratito internados, sobre todo aquellos pacientes que tienen problemas respiratorios, como los fibroquísticos, que necesitan estar un poco más de tiempo con internación.

En cuanto a actos médicos, cirugías y esterilizaciones laparoscópicas, que también se hacen dentro de este sanatorio, podemos decir que el promedio mensual en el Centro de Referencia es de treinta, variando entre cuarenta y nueve y dieciocho. Las esterilizaciones laparoscópicas tienen un promedio de tres, variando entre cinco y una por mes. La actividad quirúrgica no es más que esto ni está previsto que lo sea.

Como todavía estamos trabajando en la modificación de la estructura del área de salud, por las características distintas que tiene el servicio asistencial del Banco de Previsión Social, se siguen desarrollando dentro del edificio del hospital dos actividades, que seguramente dejen de estar vinculadas con la internación y sean destinadas a los Centros de Atención y Promoción de Salud y Sociales. Me refiero a la Policlínica de Alto Riesgo y al Centro Recolector de Leche Humana. Estas dos áreas siguen desarrollando su actividad dentro del edificio, jerarquizadas a nivel de la gerencia del hospital, porque nacieron así, como consecuencia de estar vinculadas con la maternidad. Todo indica que las seguiremos desarrollando, pero en el marco de los centros de atención en promoción de salud y sociales.

La Policlínica de Alto Riesgo atiende consultas ginecológicas de madres en situación de vulnerabilidad; de mujeres que integran el colectivo de Uruguay Crece Contigo, en el marco de un convenio suscrito con el Banco de Previsión Social, y de aquellas mujeres que ASSE deriva. El total de consultas mensuales que se ha desarrollado varía mes a mes, pero en ningún caso supera las doscientas cincuenta; en algunos casos son un poco más de ciento diez las consultas mensuales que se hacen en este servicio.

El Centro Recolector, que nació como una propuesta para recoger leche humana -que, procesada a través del Banco de Leche Humana del Hospital Pereira Rossell, era

brindada fundamentalmente a niños prematuros de la maternidad del BPS, cuando funcionaba en el Canzani, y del Pereira Rossell-, hoy está cambiando su estrategia. Sin dejar de desarrollar esta actividad, está apostando a la generación de salas de apoyo a la lactancia para mujeres trabajadoras. Ya hemos inaugurado diecisiete salas por fuera de las que están en el propio Banco de Previsión Social, donde tenemos siete, con lo que se apuesta a jerarquizar y a mejorar la actividad, así como también apoyar a la madre trabajadora en esto de dar de mamar la mayor cantidad de tiempo posible, con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros niños.

Además de estas actividades, tenemos los Centros Materno Infantiles o Centros de Promoción Social y Salud que brindan asistencia por convenios de complementación. Estos centros brindan prestaciones propias del primer nivel de atención, fundamentalmente en convenio con ASSE y en programas de Uruguay Crece Contigo y Cercanías, y otorgan asistencia complementaria en odontología. La población comprendida es la que integra los convenios celebrados entre el BPS e instituciones públicas y privadas, asistidas de acuerdo a cupos y prioridades establecidas en ellos. Para la atención odontológica se incluye además de los hijos o menores a cargo, a embarazadas trabajadoras, a cónyuges, a concubinos y a trabajadores y jubilados de la actividad privada, de acuerdo con lo establecido en la Ley Nº 15.084.

Fundamentalmente; se realiza asistencia pediátrica, atención de embarazo y puerperio por equipos multidisciplinarios, asistencia a personas adultas y adultas mayores por equipos multidisciplinarios, poniendo énfasis en la atención a la mujer en distintas etapas: ginecológica, salud sexual y reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo, colpositología oncológica y colposcopía, detección, apoyo y orientación en situación de violencia de género y de vulnerabilidad social, odontología general, prótesis odontológica, ortopedia odontológica, inmunizaciones y educación y promoción de hábitos saludables. En este marco se han desarrollado convenios con ASSE y con la RIEP.

Entre los convenios con ASSE se han generado espacios de complementación, tanto en los centros que están en el Cerro, en Sayago y en 8 de octubre, como en Pando. Se han generado instancias de intercambio y de apoyo con la RAP Metropolitana y con las distintas áreas de trabajo de los hospitales de estas regiones. Asimismo, se ha logrado superar algunas dificultades por cuanto no es fácil el relacionamiento cuando dos estrategias de trabajo distintas, como son las de ASSE y las del Banco de Previsión Social, apuestan a trabajar juntas, pero esto se ha logrado consolidar, y también los intercambios con la Udelar, a través de la Facultad de Enfermería, de Odontología, de Nutrición y de Medicina, con pediatría y medicina familiar.

Los convenios con la RIEP comprenden al laboratorio de PAP; allí se atiende todo el sector público. Luego de un tiempo con algunas dificultades de funcionamiento, a partir de la redistribución de personal del Banco de Previsión Social, de la Intendencia y de ASSE se ha logrado poner al día el servicio y se está trabajando casi en tiempo real. Para principios de 2018, se espera eliminar básicamente todas las esperas para esta atención. También hay una atención de IVE -Interrupción Voluntaria del Embarazo-, que es parte de un convenio realizado con el Círculo Católico, pero también se atienden usuarias de ASSE, que nos ha permitido poder brindar una atención bien importante en esta actividad. Lo mismo podemos decir en lo que tiene que ver con el trabajo en el proyecto Cercanías y Uruguay Crece Contigo, en los que además se los apoya en lo que tiene que ver con el acceso a ayudas extraordinarias y a odontología, para lograr el mejor desarrollo de estas personas.

En lo que tiene que ver con algunas otras preguntas que hizo la señora diputada Reisch, podemos decir que en el acuerdo de abril del año pasado y a instancias del

Ministerio de Salud Pública -que, como dijimos, también es parte del Plan Estratégico del Banco de Previsión Social- está, además del Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, la creación de un centro de referencia en rehabilitación. En ese marco, y teniendo en cuenta la experiencia que el Banco de Previsión Social tiene en esta área -porque desarrolla actividad de rehabilitación dentro de su servicio ubicado físicamente en el local de Agraciada y Asencio, pero además, por convenios con instituciones en todo el país, desarrolla esta estrategia de atención, apostando a una mejor calidad de vida de las personas que la necesitan y, en algunos casos, a desarrollos que permitan la reincorporación o la incorporación a un lugar de trabajo-, se están desarrollando actividades en un grupo de trabajo entre el Banco de Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública para generar una estrategia integral de referencia.

En ese escenario es que se están desarrollando las obras en el local de Agraciada y Asencio, que van a estar terminadas en el mes de setiembre; no podemos asegurar que sea el 1º de setiembre, ya que las lluvias conspiran, así como algunos otros ajustes que hubo que hacer en el plan director, para que la obra insuma un poco más de tiempo del previsto. El objetivo de atención allí es de todos los usuarios del centro de referencia y, además, de todos los usuarios del área de salud del Banco de Previsión Social.

Como dije hace un momento, no solo las personas que tienen las enfermedades que hoy integran el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, sino las más de mil ochocientas personas que tienen enfermedades y se siguen atendiendo -y se van a seguir atendiendo- en nuestro servicio -de las cuales un porcentaje muy alto son personas con parálisis cerebral como patología-, van a ser beneficiarias de lo que se desarrolle en estas obras de infraestructura que estamos haciendo. Estas obras incluyen una piscina -como se ha dicho-, un área de ejercicios, un área de psicomotricidad, un área de fisiatría y otra que en este momento no recuerdo. El objetivo es que puedan ser de acceso a pacientes con otras patologías, que es lo que se está conversando con el Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA REISCH (Nibia).- Voy a esperar las respuestas y sobre las que no puedan ser brindadas en el día de hoy haremos un pedido de informes para que nos puedan remitir la documentación necesaria.

Me quedan algunas dudas. Por ejemplo, ¿cómo se puede ser centro de referencia nacional para seis patologías con una sola genetista, que está desde el año 2008, que tiene un contrato con veinticuatro horas presenciales y hay un atraso en las consultas de cuatro meses? También me queda la duda de cómo se puede ser un centro nacional de referencia para una patología como, por ejemplo, la que sufren los niños que tienen piel de cristal, si hace un año que no hay dermatólogo. En este sentido, la pregunta concreta es si tienen pensado hacer un llamado para uno o más dermatólogos y si tienen pensado hacer un nuevo llamado para el cargo de genetista, dado que hay un atraso muy importante de más de cuatro meses, y sabemos lo valioso que es, en muchos casos, el tiempo para el tratamiento.

Por otro lado, también quiero preguntar cuál es la estrategia de captación que tienen para la policlínica. El otro día nos acercaron el ejemplo de una madre que hace dos años entregó la historia clínica de una de sus hijas -tenía dos hijas; una ya falleció- y todavía no la han llamado. Si recordamos la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, según los técnicos nos informan, hay una corresponsabilidad del Estado y de la familia. Por tanto, creo que el Estado en esto está omiso.

Tampoco me quedó claro lo del hospital de día, si está realmente funcionando, porque me perdí en la descripción. También me llamó la atención cuando me enteré que

hace un año se hizo un llamado para una neuropediatra por treinta horas; hay gente que no optó por ese llamado por un tema económico, pero al poco tiempo a esa neuropediatra le hicieron una extensión horaria y le dieron un complemento por alimentación que ronda los $ 12.000. Como dije, hay mucha gente que quedó por el camino por la carga horaria o por los honorarios, pero nos enteramos de que a la persona que ejerce el cargo le dieron estos beneficios y, además, según nos informan, efectivamente trabaja doce horas. Entonces, también queremos saber si habrá un ajuste en esas situaciones, porque esta profesional ha tenido mejoras desde el punto de vista económico y no cubre ni cerca la carga horaria.

Asimismo, quiero hablar de los resultados. Por ejemplo, en el primer trimestre, en una de las recorridas que hicimos, nos informaron que se cubría un 15 **%** de la atención a las embarazadas, es decir, que estaba vulnerado el derecho del 85 **%**. Concretamente, quiero saber si se ha mejorado en este aspecto.

Con respecto al convenio de complementariedad, el BPS tenía una Policlínica de Alto Riesgo que se iba a transformar en una Policlínica de Alto Riesgo Social. Si mal no recuerdo, se iba a pasar de atender un día en la semana a cinco. Quiero saber cuántos días está funcionando.

Somos conocedores de la situación de conflicto de los ginecólogos. En ese sentido, queremos saber -ya expliqué anteriormente por qué- si los ginecólogos han presentado alguna propuesta de trabajo. De todos modos, creo que lo importante es hablar de los resultados, que es lo que a todos nos interesa.

Luego voy a hacer alguna pregunta más, pero quiero dejar participar a los demás compañeros antes de redondear.

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- En lo que tiene que ver con los horarios médicos, podemos decir que no tenemos referencia de que haya cuatro meses de atraso en el trabajo de la genetista. No digo con esto que estemos trabajando en tiempo real, pero cuatro meses de atraso en el trabajo de la genetista no hay. Por otra parte, no son solo veinticuatro horas presenciales; la genetista no solo atiende en policlínica, sino que también atiende en el hospital y realiza consultas en uno de los centros maternos. En realidad, la genetista tiene una carga horaria de cuarenta horas. Cumple treinta y cinco horas presenciales -como todos los profesionales del Banco de Previsión Social- : en la UDT que está en Agraciada y Asencio desarrolla parte del horario; otra, en el edificio del Sanatorio Canzani; otra, visitando pacientes en las internaciones externas. Reitero: no tengo ninguna referencia de que no cumpla el horario por el cual se le está abonando y por el cual está contratada, que son las treinta y cinco horas efectivas y cinco a la orden, semanales.

En cuanto a la dermatóloga, es cierto que no hay dermatóloga presupuestada -ya está en proceso el llamado para hacer la convocatoria-, pero no es cierto que no haya dermatólogos, porque en el Banco de Previsión Social además de personal presupuestado hay personal contratado. Y hay dermatólogos contratados que están cubriendo las consultas, como corresponde, porque es necesaria esta especialidad médica para algunas de las enfermedades, no solo para la de piel de cristal; hay otros pacientes que también requieren esta atención.

En lo que tiene que ver con el caso concreto de la historia clínica a la que refiere la señora diputada Reisch, le agradecería que me hiciera llegar los datos para poder confirmar cuál es esa situación, porque en términos generales no la visualizo, pero si me hace llegar la información, veremos de aclarar la situación.

En cuanto al hospital de día, este funciona en el edificio del Sanatorio Canzani; algunas situaciones también se atienden en el local de la avenida Agraciada y Asencio, donde hay un área especializada, según las características a atender. Pero el fuerte de la atención es en el local del Sanatorio Canzani, donde funciona normalmente. El volumen de trabajo no es muy importante; como les dije hace un momento, se atiende a unos veinte usuarios por mes, un guarismo bajo en estadísticas hospitalarias.

Es importante decir que el servicio del Banco de Previsión Social no es de asistencia masivo, no es un prestador integral de salud que atiende un montón de patologías y masivamente; atiende enfermedades de baja prevalencia. Incluso, si vemos las estadísticas de los casos de discapacidad del país, no estamos hablando de atenciones masivas porque no está pensado para eso. Para eso están los centros de referencia en los que se concentra la mejor experiencia, mayor calificación porque la dispersión no permite mejorar estas situaciones y atender adecuadamente.

En lo que tiene que ver con las situaciones horarias, lo hablamos con el sindicato en distintas instancias, y una vez que esté conversada, analizada y aprobada la nueva estructura, seguramente habrá que analizar los ajustes en ese sentido.

No visualizamos incumplimientos en los horarios que desempeñan los profesionales; de hecho, cuando los descubrimos, aplicamos sanciones. Hace dos meses, se aplicó una suspensión a un profesional médico porque se detectó que no estaba cumpliendo su horario. Es más, se inició un sumario al gerente de ese servicio por no haber hecho los controles adecuadamente; ese sumario está en proceso. Cuando detectamos que un profesional o cualquier trabajador no cumple con sus obligaciones laborales, aplicamos el procedimiento administrativo; se procede así con cualquier trabajador de la institución.

En el marco de la reestructura, seguramente habrá que hacer ajustes de horarios en otras áreas, como pasó ahora al dejar de atender en Maternidad. Esto va de la mano de la reglamentación del estatuto del trabajador de la salud del Banco de Previsión Social que conversamos -reconocemos que es un debe- ; resolvimos encarar este tema en el futuro inmediato y, obviamente, lo haremos en conjunto con el sindicato.

La prueba del *screening* en el primer trimestre se aplica al 15 **%** de las embarazadas. ¡Claro! La ordenanza nos permite solo desarrollar el *screening* para las embarazadas del sector público del área metropolitana; no tenemos autorización para hacerlo con el resto de las embarazadas. Una vez conversado con el Ministerio de Salud Pública, pretendemos ampliar esta cobertura -es nuestro objetivo, como dijimos hace un momento, cuando hablamos del Plan Estratégico para el Banco de Previsión Social-, llegando a todas las embarazadas del país; seguramente la ampliemos. La ordenanza de 2014 solo nos permite acceder a las embarazadas del subsector público del área metropolitana.

Para que la Policlínica de Alto Riesgo social cumpla con su cometido, la idea es ampliar los días de atención; en ese sentido, estamos conversando con ASSE porque la mayor cantidad de usuarias vendría de las derivaciones que haga ASSE. El convenio con Uruguay Crece Contigo está vigente, y lo estamos cumpliendo; en ese escenario no es necesario ampliar la cantidad de días de atención, pero sí va de la mano del convenio de complementación con ASSE. Para eso estamos conversando, a efectos de generar una estrategia de mayor atención. En este escenario hay que complementar trabajadores, usuarios y prestaciones. No es un proceso fácil, pero estamos trabajando en eso.

Ahora voy a referirme al conflicto con los ginecólogos. De los ginecólogos con que cuenta el servicio, seis están en conflicto.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- ¿Cuántos eran?

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- Inicialmente eran diecisiete; después de una destitución y de renuncias quedaron catorce, de los cuales siete están trabajando normalmente, uno con licencia médica y seis en conflicto. Dos ginecólogos de estos seis en conflicto solicitaron reducción horaria; esta solicitud, accediendo al planteo formulado por estos médicos, fue aprobada por el Directorio la semana pasada, por lo que asumimos que dejarán de estar en conflicto. Quedarían cuatro, cuya situación aún no está resuelta; hoy están parando, no están trabajando.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- ¿Están cobrando?

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- No, porque están de paro.

Se llevaron a cabo varias reuniones en la Dinatra de las que participó el BPS, ATSS y el Sindicato Anestésico Quirúrgico, a solicitud de estos médicos. La propuesta que BPS hizo -que está a consideración de los trabajadores y que visualizamos pondría fin a esta situación porque quedarían estos cuatro profesionales- es que acepten una reducción horaria, manteniéndose en el servicio. La otra posibilidad, en acuerdo con los trabajadores, es declararlos excedentarios para ser redistribuidos en el sistema, desarrollando tareas como ginecólogos en otras áreas. Se trata de cuatro trabajadores que entienden que ninguna de las opciones que les brinda el servicio son adecuadas para lo que ellos quieren hacer. Estas son las opciones posibles.

Es importante decir que esto se generó como consecuencia de la estructura del área de internación, al dejar de atender en Maternidad, pero esta área dejó de existir no porque hayamos dicho que la cerrábamos, sino porque prácticamente no se asistían partos. Cuando se resolvió cerrarla -el sindicato estuvo de acuerdo-, nacían doscientos niños por año. Mantener esa infraestructura era harto inadecuado para el servicio. Al resto del personal vinculado con el sector de Maternidad -auxiliares de servicios, parteras y el resto de los técnicos que tenían que ver con Maternidad-, se les hizo propuestas adecuadas a sus especialidades médicas o técnicas y están desarrollando actividades en otras áreas del Banco de Previsión Social, cumpliendo los horarios que se les propuso, como correspondía. Es así que parte del personal de enfermería apostado en Maternidad está trabajando en el Centro Auxiliar de Pando, otra en el Centro de Salud del Cerro, otros de la plantilla fueron a la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, otros quedaron en la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal, y algunos están desarrollando tareas en el Laboratorio de Colpocitología. Lo mismo ocurre con las parteras y el resto del personal del servicio, por lo que el conflicto está focalizado en estas cuatro personas.

(Se autoriza al señor representante Constante Mendiondo a hacer uso de la palabra)

SEÑOR MENDIONDO (Constante).- Me llama la atención que cuando hablan de las reuniones con la Dinatra mencionan a la ATSS y agregan a otro sindicato.

SEÑOR PRESIDENTE.- Al SAQ.

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- La Dinatra nos convoca para una reunión de negociación colectiva y nosotros participamos; siempre lo hicimos. En estas instancias algunos trabajadores médicos ginecólogos entendieron que estaban representados por el Sindicato Anestésico Quirúrgico y no por ATSS. Nuestro interlocutor natural, como sindicato de los trabajadores del Banco de Previsión Social, es la ATSS. Pero estos trabajadores solicitaron que también estuviera presente el Sindicato Anestésico Quirúrgico como su sindicato. Fuimos convocados, asistimos y estaban ahí.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Escuchamos con mucha atención tanto las preguntas de la diputada Reisch como las respuestas brindadas por la directora del BPS,

doctora escribana María del Rosario Oiz. Muchas de las interrogantes que teníamos ya fueron contestadas.

Quiero trasmitir en voz alta la sensación que tengo.

En primer lugar, se están confundiendo los roles; lo digo a nivel de la opinión pública, no de la Comisión ni de las autoridades. Se trata de saber cuál es el rol social y sanitario que Uruguay pretende del Banco de Previsión Social. Es el primer concepto. No es un prestador integral más que tenga la obligación que tienen otros: asiste a determinada población con enfermedades muy específicas. Por el volumen de casos que atendía, la decisión de cerrar la Maternidad del Sanatorio Canzani fue acertada. No se justificaba tener una estructura para brindar esa atención.

Pero también permítaseme decir que cuando fuimos el otro día al Sanatorio Canzani, lo vimos vacío. Esa es la realidad. Es la percepción que tuve.

También es cierto que si se cierra el sector de Maternidad y hay un ginecólogo cobrando por doce horas de guardia haciendo nada, llama la atención. Esa es la realidad; lo que uno percibe, lo que uno ve.

He conversado con la directora, preocupado fundamentalmente por el tema de los ginecólogos. Creo que se habría tenido que tomar la decisión mucho antes: hay que echarlos. No pueden estar ni un segundo más cobrando un salario, mientras se está ofreciendo una gama de trabajos en el sistema sanitario, posibilidades de atender en policlínica, en policlínica de alto riesgo, etcétera. Generalmente, los ginecólogos son ecografistas y pueden hacer despistaje; trabajar en el Pereira Rossell o en otros servicios públicos. En fin: se les brindó todo y nada les venía bien; querían cobrar lo mismo y trabajar la mitad. Esa es la realidad con que llegaron estos siete ginecólogos -o cuatro, no sé- a esta instancia.

La realidad también es que se trata de un centro de enfermedades raras que, en volumen, representa muy poco en el país. Por suerte es muy poco. Y de ahí creo que surge la gran disyuntiva que se tiene: qué se hace. ¿Se mantiene una mole gigante para ese volumen de pacientes o se apuesta a una estructura bien diseñada y se piensa en otra cosa? Yo no tengo claro, y creo que tampoco las autoridades, qué se hace con eso. Porque también hay un efecto social importante: todos los legisladores hemos recibido a las mamás que vienen a los despachos y es razonable y atendible lo que dicen. Y ante algunas cosas que ellas dicen, nosotros les explicamos lo que pasa: por ejemplo, no es que no haya dermatólogo. ¡No, no: dermatólogos hay! Se habrá jubilado el dermatólogo que trabajaba en el Banco de Previsión Social desde hace muchos años, pero, obviamente, se dispone de la vía de la contratación, de arrendamientos de servicios. Hay muchas maneras de contratar técnicos. Yo no puedo entender que hace cuatro, cinco o seis meses un caso de “piel de cristal” no vea un dermatólogo: no lo puedo creer, porque sé que la situación no es la que se relata.

Lo mismo pasa con los nefrólogos: se está por jubilar una nefróloga, referente en el país; bueno, hay que ver ya cómo vamos a sustituirla. Ahí entramos en lo de siempre: esto debe haber pasado con los neuropediatras. Con el dinero que puede ofrecer el Banco de Previsión Social a un nefrólogo, que es referente en la materia, teniendo en cuenta que allí tendrá un volumen de trabajo importante, seguramente, habrá dificultades enormes para encontrarlo. Debe haber cinco o seis nefrólogos infantiles en Montevideo: los que hacen diálisis, hemodiálisis y diálisis peritoneal, que es el procedimiento que se les practica a estos niños menores de un año. La nefróloga que estaba, era una profesional de toda la vida que tenía la camiseta puesta; pero cuando haya que contratar otros nefrólogos, van a tener enormes dificultades. Entonces, nos enfrentamos a un

montón de problemas; y lo mismo ocurre con los genetistas. Yo estoy convencido de que no debe haber: si un centro de referencia tiene cuatro meses de atraso en la consulta con un genetista, estamos mal. Entonces, hay que buscar la manera de corregir eso, porque el volumen de pacientes que requieren de genetista no es tan grande; y estamos hablando de un centro de referencia.

Creo que el aporte del proyecto de ley que envió el ministro sobre centros de referencia va a centrar el foco. Vamos a tener más claro lo que pretendemos, pero la realidad es la realidad. La parte de rehabilitación, que se hace en otro centro -no solamente en el hospital Canzani, sino también en otros lugares-, es algo sobre lo que hablamos con el ministro: aparte de todo lo que da ahora el Banco de Previsión Social debe tener la bandera de la rehabilitación. En eso se está trabajando; seguramente, lo veremos más adelante. Pero cuando hay reestructuras, como la que se está haciendo, se mueven intereses; y cuando ello sucede, pegan en todos lados: a nivel sindical, gremial, de los médicos, de los funcionarios, de los legisladores, de las autoridades y debemos encontrar el mejor equilibrio.

Cuando a uno le dicen que hay un ginecólogo de guardia, y está cerrada la maternidad, ¿qué hace? No hay motivo de que esté: no debe estar, porque estamos dando una señal equivocada hacia fuera. Me parece que allí es cuando tenemos que actuar con firmeza y buscar todos los mecanismos de negociación a través de las autoridades, en este lado de la Dinatra, para encontrar salidas. Pero no podemos justificar estas cosas, porque eso es imposible.

Me queda una duda sobre algo que me preguntaba la diputada Reisch. Cuando se habla de aumentar el *screening*, me gustaría que se me dijera concretamente cuál es el alcance que tiene hoy el Banco de Previsión Social con las embarazadas, tanto del sector público como privado, y cuáles son las patologías congénitas que obligatoriamente debe atender. A esta altura, no se puede tener dudas de qué embarazadas debemos atender y cuáles no: si es en el primer trimestre; si son las del área metropolitana, las de todo el país, las de ASSE, las del sector privado, etcétera. Esto ha variado. Antes se atendían en el Banco de Previsión Social todas las usuarias del sistema, a quienes les correspondía el servicio por su trabajo o por ser esposa de un trabajador. A través de convenios se atendían en las mutualistas en el interior y después el BPS les reintegraba el dinero. Ahora bien, quisiéramos saber cuál es exactamente la realidad al día de hoy para que todos podamos hablar el mismo idioma.

Es cuanto quería decir.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer algunas consultas muy puntuales.

Lo primero que quiero decir es que observo una diferencia muy importante entre las visiones que se dan por parte de los distintos actores. Yo escuchaba atentamente cuando ustedes hacían referencia a los ámbitos de diálogo, de negociación y demás, pero cuando uno consulta a los otros colectivos, expresan que no existe tal espíritu, que se ha promovido cierto ámbito, pero que allí no se trafica un diálogo que permita llegar a ciertos consensos o cumplir con los acuerdos comprometidos.

Todos tenemos el deber, y el derecho a la vez, de hacer nuestro propio diagnóstico con preguntas y respuestas concretas. Y en esto quiero destacar la participación de la señora diputada Reisch quien, precisamente, ha hecho preguntas muy concretas.

A veces uno habla de potenciar; yo escuchaba cuando ustedes mencionaban los objetivos, pero quisiera entender eso que se plantea en los textos y cómo lo traslado a la realidad. Y para darme cuenta de ello, necesito conocer acciones concretas que permitan dar veracidad a las afirmaciones que ustedes están realizando.

Entonces, la primera pregunta concreta es cuántos convenios de complementación se llevaron a cabo desde el 26 de abril de 2016 hasta la fecha, cuando se firmó el acuerdo entre el BPS y la ATSS en el ámbito del MSP.

En segundo lugar, en cuanto a las patologías a incluir, ustedes vinieron el 5 de julio de 2016 a este ámbito y en esa oportunidad se dio este mismo intercambio. Y si bien el Ministerio de Salud Pública cumple su rol en esto, hasta el día de hoy no me queda claro cuáles son las patologías que ustedes consideran importante que se tengan en cuenta en la próxima etapa.

En tercer término, ustedes hicieron referencia a la bipartita. ¿Qué avances concretos tiene al día de hoy? ¿Qué se saca en limpio en ese sentido?

En cuarto lugar, ustedes hablaron de una propuesta que le están haciendo a los ginecólogos y demás. Supongo que para hacer esa propuesta hicieron una evaluación de los horarios presenciales que se cumplen a la fecha. Entonces, me gustaría que me indiquen los horarios presenciales de los equipos médicos en el sanatorio Canzani.

Finalmente, tengo entendido que en estos días realizaron una propuesta de reducción horaria a treinta horas semanales, con el correspondiente ajuste de retribución salarial a dicha carga horaria, realizando veinticuatro horas presenciales y seis horas a la orden, o a disposición. Quisiera saber si consideran que esta propuesta va en sintonía con el potenciamiento del sanatorio Canzani.

SEÑOR GALLI (Heber).- Vamos a hacer algunos comentarios de carácter general, tal como hemos hecho en otras oportunidades en esta Comisión.

No está para nada en la voluntad, en la intención, en el desarrollo del Directorio del Banco de Previsión Social, el desmantelamiento de los servicios del área de la salud: en absoluto. Habría medidas totalmente diferentes a llevar adelante si estuviéramos hablando de un desmantelamiento, inclusive, de un traslado a otro efector público, de los servicios que brinda el BPS. Nos parece que hay algunas cosas que son de percepción; por ejemplo, las que decía el diputado Gallo Cantera. No debe llamar la atención cuando se va al Canzani que se tenga la sensación de que está vacío, porque lo está. Por eso, antes de llegarse al acuerdo de abril de 2016, la estrategia que propuso el Directorio del Banco fue en otra lógica absolutamente distinta a la que estamos hoy, y era hacer una reubicación de los servicios de internación. ¿Por qué? Porque era evidente que esto iba a ser así. Si tenemos un sanatorio con cincuenta camas y catorce pacientes, es inevitable tener la sensación de que está vacío, porque lo está.

Nosotros fuimos absolutamente claros en toda aquella etapa del año 2015. No había partos para atender, al punto que se firmó el cierre de la maternidad en acuerdo con el sindicato. Y en aquel acuerdo al que se arribó el 26 de abril de 2016, en la previa, uno de los compromisos que asumía la Administración era la preservación de los puestos de trabajo, porque el BPS es grande y tiene muchos servicios, inclusive, certificaciones médicas. Y aquel planteo, siempre incluyó conservar el puesto de trabajo dentro de la institución. Al final lo que estábamos proyectando no salió; sin embargo, eso lo hemos mantenido hasta ahora, aun a riesgo de recibir críticas, que comprendemos y hasta compartimos, con respecto a que haya personal profesional del instituto que a ojos vista no tenga trabajo. No lo digo yo: lo dijo públicamente la ATSS en el mes de febrero y en el de abril, pero nosotros ya estábamos planteando y ofreciendo otras ubicaciones y otros desarrollos para esos profesionales.

El tema es que en algún momento yo me pregunté cuál era el trabajo principal y cuál era el accesorio, porque en realidad los problemas que había pasaban por el

multiempleo del sector médico, porque nos les calzaban los horarios, y el que tiene que terminar aflojando siempre es el sector público.

No estábamos planteando nada extraño; simplemente que si iban a trabajar menos cantidad de horas, adecuaran el salario a ese régimen. En el BPS el régimen horario general para todos los profesionales es de cuarenta horas semanales, con treinta y cinco efectivas y cinco a la orden. Si ustedes sacan las proporciones, advertirán que en treinta horas semanales, con veinticuatro efectivas, la cantidad a la orden en proporción es mayor en este último caso. No estábamos planteando que no trabajaran más; no estábamos planteando echarlos. En última instancia, después de muchos meses de conversar -porque de esto venimos conversando desde fines del año pasado y con más intensidad desde el mes de marzo-, en este caso, dijimos que si querían ir a otra organización pública que de repente pudiera acomodar lo que querían, hasta estábamos dispuestos a perder los cargos, porque declararlos excedentarios, para nosotros implica la pérdida de los cargos de nuestra plantilla presupuestal: se suprimen en el organismo de origen y se crean en la dependencia a donde vaya el trabajador. Entonces, también ofrecimos eso. Sabido es que en la redistribución no hay pérdida salarial, ya que se hace en función del salario del lugar de origen con relación al lugar al que va la persona.

Por otra parte, estamos trabajando en patologías a incluir. En esto vuelvo a reiterar algo que ya dije: dependemos de las habilitaciones que otorga el Ministerio de Salud Pública; no depende de la voluntad del BPS decidir cuántas patologías va a atender.

Tampoco es solo voluntad del BPS determinar a cuántas mujeres se va a atender en el *screening*. Como dijo la doctora Oiz, lo que tenemos habilitado por Salud Pública para ese trabajo es: área metropolitana, efectores públicos. ¿Queremos atender a todo el mundo? Sí. Cuando nos den la habilitación lo vamos a hacer. Hoy estamos habilitados por la autoridad sanitaria, pero con esas limitaciones.

Por otra parte, quiero ser muy claro en relación a los convenios de complementación.

Los pacientes que tenemos en la policlínica de alto riesgo, son de Uruguay Crece Contigo y de ASSE. ¿No hay más pacientes? Efectivamente, no hay más pacientes. No los hay porque ASSE no nos deriva más pacientes. Además, tenemos que avanzar en determinar aspectos del funcionamiento, porque en el convenio de abril de 2016 está establecido que la dirección técnica de esa policlínica de alto riesgo corresponde a ASSE, no al BPS. Es decir: el Banco pone infraestructura y trabajadores, pero la dirección técnica corresponde a ASSE. Y hay que tener en cuenta que los pacientes son de ASSE. En la medida en que no haya derivaciones de ASSE, no vamos a tener más pacientes; no hay un universo predeterminado, salvo lo que la Administración derive.

También queremos ser claros en otro punto: a veces uno escucha expresiones públicas, conoce lo que se conversó en las bipartitas, y sabe que hay un verdadero abismo.

En este momento, el sindicato de funcionarios ATSS está planteando que atendamos a todas las mujeres del país en la Umefepe. Saben perfectamente que dependemos de la habilitación, y que no podemos hacer lo que se nos antoje.

En relación al potenciamiento de la policlínica de alto riesgo, saben que dependemos de que ASSE nos mande pacientes; eso no es ningún secreto para ellos.

Por otra parte, la bipartita tiene una agenda bien nutrida e interesante. Empieza con la reestructura. Tiene en su plan de trabajo la descripción de los puestos de trabajo; se va a encarar un proyecto para todo el BPS. En particular, la bipartita va a trabajar en

los puestos de salud. Además, tiene la reglamentación del artículo 75. Si no me equivoco, el Estatuto del Funcionario del BPS es del año 2006. En 2007 se empezó a trabajar en la reglamentación del artículo 75. Se trancó en la participación, fundamentalmente, de parte del sindicato, cuando se puso arriba de la mesa el tema de los horarios médicos; puedo contar esto porque estuve presente. El artículo 75, que tiene que ver con la creación de un estatuto del funcionario de la salud de BPS, avanzó hasta ahí. Luego, tuvo dos etapas más de discusión cuando salió el estatuto del funcionario de Salud Pública, que fue tomado como base.

Entonces, esa comisión tiene agenda. Sin embargo, hay una cosa que es clara: dialogar no significa decir “sí” a todo lo que quiere el otro. Con esto nos hemos encontrado sistemáticamente. Nosotros hemos dicho muy claramente que la Administración es quien administra los servicios del Banco. ¿Dialogamos? Sí, dialogamos. Ahora bien: no se debe confundir diálogo con establecer que no hay negociación si no se dice “sí” a todo lo que se plantea.

Creo que es importante aumentar la difusión como decía el diputado Gallo del rol que tiene el Banco de Previsión Social. La institución ya no es la segunda maternidad del país, ya no atiende gratuitamente a madres e hijos de trabajadores; ya no es más eso. Es el centro de referencia para una serie de patologías y va a trabajar para ser un centro de rehabilitación de personas con discapacidad, que hoy no existe en el Estado uruguayo. Reitero: el BPS ya no es más aquello que era.

En verdad, nos parece que en todo este proceso, desde 2015 hasta hoy, las discusiones que ha planteado el sindicato han enlentecido lo que se podía desarrollar. Además, si yo fuera la autoridad sanitaria y existe un conflicto permanente entre la Administración y el sindicato de funcionarios, pensaría bien si voy a ampliar patologías en un servicio de referencia porque hay una situación de inestabilidad y nunca se llega a procesar correctamente un acuerdo. Hacía muchos años que no firmábamos un acuerdo con el sindicato. Firmamos uno hace poco menos de un mes, excepto en el tema salud.

Quería destacar estos aspectos porque hacen a las cuestiones más concretas.

Por otra parte, el presidente preguntaba cuántos convenios de complementación hicimos desde 2016. El acuerdo de ese año no era para hacer más convenios de complementación. Era un acuerdo de complementación, fundamentalmente con ASSE, en lo que tiene que ver con la policlínica de alto riesgo social. En eso consistía el acuerdo. Después, había que trabajar, se hizo, pero no se llegó a acuerdos en cuáles eran los elementos de intercambio de servicios entre ASSE y el BPS: qué cosas podría proveer ASSE al BPS y viceversa. Por lo tanto, reitero, ese acuerdo no era para agregar convenios de complementación.

Esto es todo cuanto quería decir.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a hacer algunas precisiones.

Hice la consulta sobre el convenio de complementación porque se dijo que desde el año 2008 se iba por ese rumbo y que estaba dentro del Plan Estratégico. Como se hizo ese acuerdo y se viene esta nueva etapa, me parecía importante conocer si había nuevos convenios de complementación -independientemente de ese acuerdo- a partir de esa fecha.

Por otra parte, lo de excedentario depende de si genera o no consecuencias para el BPS. Si la idea fuera -sé que no es porque ustedes han estableciendo otra postura, pero tienen la libertad de hacerlo- desmantelar el servicio y declarar excedentarios, el BPS no saldría perjudicado en absolutamente nada. Lo digo porque según las

expresiones realizadas parecía que eso era un perjuicio que asumía el BPS. En realidad, si fuese esa la estrategia, el hecho de que haya excedentarios serviría al BPS. Entonces, no considero que tenga que ser un riesgo que asuma el BPS.

Además, debo quebrar una lanza con relación a algunas advertencias que nos hizo el sindicato, como la que señalamos el 5 de julio con relación al hospital de día, que estaba en el Demequi. En ese momento, dijimos que habíamos constatado que no estaba funcionando y que sabíamos que la propuesta del sindicato era que funcionara en el Sanatorio Canzani. Si miramos esto en perspectiva desde esa fecha hasta hoy, notamos que se terminó llevando a cabo la propuesta que el sindicato hizo desde el principio. Por este motivo, creo que son muy buenos los ámbitos de discusión y de intercambio. En este caso, después de un período de tiempo, se tomaron en cuenta las iniciativas planteadas.

SEÑOR GALLI (Heber).- Como dije al principio, dado que no tenemos la intención de desmantelar, es un esfuerzo declarar excedentario a un trabajador y que ese cargo se suprima de nuestra planilla. Debemos tener en cuenta que en ese caso se pierde un cargo presupuestado. Ustedes saben cómo está el desarrollo de los presupuestos. En este momento, tenemos una restricción de ingreso de un tercio de las vacantes que se generen. Entonces, perder cargos presupuestados es muy costoso.

Por otra parte, agradezco al presidente que haya traído al análisis el caso del hospital de día, porque es una muestra muy clara de que hay diálogo. El sindicato hizo ese planteo, se volvieron a analizar los distintos aspectos, y se acordó lo que proponía el sindicato. En el mes de octubre el directorio tomó la resolución de implementar el acuerdo del 26 de abril. Hubo una mesa de negociación que trabajó desde abril hasta octubre. En esa mesa de negociación se trataron más de treinta temas. Se llegó a un acuerdo total en diecisiete y a un acuerdo parcial en doce temas. El problema fue que un tema condicionó los demás: cuál era el número de camas que debía tener el sanatorio. Ese tema condicionó la posibilidad de hacer acuerdo en los demás, porque estaban ligados. Sin embargo, repito, se analizaron más de treinta temas y se llegó a acuerdo en más de la mitad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hago otra precisión: se escuchó al sindicato después de haber realizado la obra del hospital de día en el Demequi.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- A mi entender, fueron muy claras las explicaciones en el sentido de que no se va a desmantelar el Sanatorio Canzani. Para nosotros es muy importante que esto quede claramente establecido porque todas las personas con las que conversamos -fundamentalmente, familiares- venían con el verso de que se desmantelaba. Ahora, uno tiene la tranquilidad -aunque ya lo sabía- de que no se va a desmantelar.

Por otra parte, entiendo que hay que trabajar más el área social para tener una relación directa -la debe haber pero no está bien comprendida- con los niños que tienen fibrosis quística. Conozco al detalle esta enfermedad y sé las complicaciones que tiene. La realidad es que se ha vendido una imagen de que el Banco de Previsión Social y el Canzani son el *summun* para este tipo de patologías y para la asistencia en la urgencia. Obviamente, el hecho de que el médico y la nurse conozcan al paciente, es bárbaro. Cuando un niño llega, lo conocen, lo hacen entrar y lo atienden; eso es bárbaro. Eso no quita que si en algún momento hay que internar a ese mismo niño en otro centro asistencial porque tiene una crisis bronco- obstructiva debido a la fibrosis quística, no sea atendido exactamente igual; va a recibir la misma atención, aunque tal vez no tan personalizada.

Digo esto porque a veces ponen determinados ejemplos, y yo estoy convencido de que la situación no es así. Es más: ponen ejemplos muy absurdos, porque ningún médico con un poquito de sentido común podría tomar una decisión terapéutica en un paciente de esta complejidad sin consultar al médico tratante, que lo conoce.

Entonces, me parece que hay que mejorar el diálogo entre las áreas del servicio de salud del Banco de Previsión Social y esas personas, que se sienten desprotegidas cuando terminan en la Asociación Española, el Hospital Policial o donde haya posibilidades de atención. Es fundamental mejorar ese vínculo a los efectos de desdramatizar este tema que, a mi entender, ha sido dramatizado en demasía.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si bien suscribo lo que dijo el diputado Gallo en el sentido de que son importantes las palabras en relación a que no se va a desmantelar, espero que estén en consonancia con acciones al respecto, es decir, que haya una armonía entre lo que se dice y las acciones que se ejercen en el día a día.

Agradecemos la presencia de las autoridades del Banco de Previsión Social en esta Comisión.

También agradecemos a la señora diputada Nibia Reisch por traer este tema para discutir.

No habiendo más asuntos, se levanta la reunión.

===/